

# **PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL MALTRATO INFANTIL EN EL ÁMBITO FAMILIAR. PREVENCION, DETECCION Y ABORDAJE.**

Trabajo Fin de Grado de Enfermería



**Autor:** Rubén Moro Martínez

**Tutorizado por:** Matilde Tenorio Matanzo

*Curso 2017/2018*

*Mayo de 2018, Madrid*



## **RESUMEN**

**Objetivo:** Identificar y conocer el abordaje de la Enfermería ante el maltrato infantil en el ámbito familiar.

**Método:** Revisión narrativa llevada a cabo en las principales bases de datos de ciencias de la salud, en concreto Cuiden, PubMed, CINAHL y la Biblioteca Virtual en Salud. Se utilizó lenguaje controlado combinado mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”. Y además, los artículos se seleccionaron a través de límites y criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente.

**Resultados:** De los 19 artículos seleccionados, 3 fueron descartados por no ser útiles para el objetivo del estudio. Por tanto, los resultados obtenidos del análisis de estos 16 artículos fueron detallados en 4 apartados: dificultades enfermeras en el abordaje del maltrato infantil, estrategias de prevención llevadas a cabo por la Enfermería, identificación y diagnóstico por parte de la Enfermería, así como el uso de cribados, y actuación y protocolos ante el maltrato infantil llevados a cabo por Enfermería.

**Conclusiones:** La Enfermería juega un papel fundamental en la prevención, detección y abordaje del maltrato infantil. Las enfermeras se encuentran con una gran cantidad de dificultades para abordar el maltrato infantil. Los factores de riesgo no tienen carácter predictivo. La prevención debe comenzar con la mayor precocidad posible. Es importante la investigación y creación de protocolos útiles que guíen la detección del maltrato infantil. Además, es necesaria también la creación de instrumentos de cribado efectivos y respaldados empíricamente. Las enfermeras deben conocer la ley de actuación de su país.

**Palabras clave:** maltrato infantil, enfermería, violencia familiar, niño, adolescente, abordaje enfermero.

## **ABSTRACT**

**Objective:** Identifying and knowing the approach of nursing to child abuse in the family scope.

**Method:** Narrative review carried out in the main databases of health sciences, specifically Cuiden, PubMed, CINHALL and the Virtual Health Library. It was used controlled language combined by the boolean operators “AND” and “OR”. And in addition, the articles were selected through previously established inclusion and exclusion criteria and limits.

**Results:** Of the 19 articles selected, 3 were discarded because they were not useful for the purpose of the study. Therefore, the results obtained from the analysis of these 16 articles were detailed in 4 parts: nurses difficulties in approaching child maltreatment, prevention strategies carried out by nursing, identification and diagnosis by nursing, as well as the use of screenings, and action and protocols against child abuse carried out by nursing.

**Conclusions:** Nursing plays a fundamental role in the prevention, detection and treatment of child maltreatment. Nurses are faced with many problems to approach child maltreatment. The risk factors are not predictive. Prevention must begin as early as possible. It is important to research and create useful protocols that guide the detection of child maltreatment. In addition, the creation of effective and empirically supported screening tools is also necessary. Nurses must know the law of action in their country.

**Key words:** child abuse, nursing, family violence, child, adolescent, nurse approach

## Índice

1. INTRODUCCIÓN .....	1
a. Historia y actualidad .....	3
b. Factores de riesgo .....	7
c. Consecuencias del maltrato infantil.....	8
d. Legislación .....	10
2. JUSTIFICACIÓN.....	12
a. Objetivos y pregunta de investigación.....	13
3. METODOLOGÍA.....	14
a. Estrategias de búsqueda.....	15
4. RESULTADOS .....	17
a. Dificultades enfermeras en el abordaje del maltrato infantil.....	17
b. Estrategias utilizadas por la Enfermería para la prevención del maltrato infantil.....	21
c. Detección: identificación y diagnóstico. Cribados .....	25
d. Actuación y protocolo enfermero ante la detección de un caso .....	31
5. CONCLUSIONES.....	33
a. Limitaciones del estudio .....	35
b. Futuras líneas de investigación.....	35
6. AGRADECIMIENTOS.....	36
7. BIBLIOGRAFÍA .....	37
8. ANEXOS .....	42
a. Anexo I: artículos utilizados para la revisión .....	42
b. Anexo II: practicas de disciplina de los padres .....	45
c. Anexo III: principales señales de maltrato .....	46

## **1. INTRODUCCIÓN**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup>, el maltrato infantil o maltrato a menores se define como “los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”. De la misma forma, la exposición del menor a la violencia de pareja se considera también, en muchas ocasiones, como una forma de maltrato infantil.

Por otra parte, el Observatorio de la Infancia, perteneciente al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, considera que definir el maltrato infantil no resulta tarea fácil, debido a que todos los profesionales tienen una concepción particular y/o definen de manera distinta este tipo de maltrato. Además, la existencia de distintos tipos de maltrato infantil (físico, psicológico, sexual, negligencia...), y la dudosa calidad de las estadísticas y encuestas oficiales, hacen que el estudio del maltrato a menores resulte complejo<sup>1,2</sup>.

La Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas en su Artículo 19, define el maltrato infantil de la siguiente forma: “toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo”. Inicialmente, el maltrato infantil se definía en torno a conceptos médicos y a situaciones de explotación y trabajo. Con el tiempo, las definiciones han avanzado hasta considerar primordial los derechos básicos y necesidades del niño<sup>1,2</sup>.

Sin embargo, la definición más aceptada en la actualidad en nuestro país es la que propone el Observatorio de la Infancia (2008), y que dicta lo siguiente: “Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”. Esta definición es aceptada por la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil y es la de mayor consenso por parte de expertos e instituciones de gran importancia en este tema<sup>2,3</sup>.

A pesar de que la última definición se refiere a aquel maltrato hacia menores, en los que el autor o autores pueden ser personas, instituciones o la sociedad, en este trabajo lo enfocaré en el maltrato infantil que tiene lugar en el ámbito familiar. Resulta reseñable que la familia sea, tras la guerra, el contexto en el que se presenta la violencia con más frecuencia. De esta forma, y según la definición del Observatorio de la Infancia, considero el maltrato infantil en la familia, como aquel ejercido contra un menor, “cuyo autor es un familiar del menor maltratado (principalmente padres —biológicos o no—, hermanos, abuelos, tíos, etc.)”<sup>4</sup>.

La violencia contra los menores “tiene lugar en todos los países del mundo, en una variedad de formas y entornos y a menudo está profundamente arraigada en prácticas culturales, económicas y sociales”. El maltrato infantil se lleva a cabo en distintos contextos o entornos; en el hogar/familia, en la escuela, en la guerra, en la comunidad, etc. En una gran proporción, el maltrato infantil tiene lugar en el hogar o en el ámbito familiar, y a pesar de ello, solo en 16 estados del mundo existen leyes que defienden y castigan cualquier tipo de violencia que se ejerza contra los menores. Muchos estados aceptan, en la actualidad, el castigo físico “razonable” y “legal”, “aprobandando la violencia por parte de la sociedad cuando esta se describe como disciplina”<sup>5</sup>.

Tras haber establecido varias definiciones de las más aceptadas, tanto en nuestro país como mundialmente, toca definir la tipología de maltrato infantil existente. Encontramos varios tipos, que se diferencian según el momento en el que se producen, según los autores del maltrato y según la acción u omisión específica que se realiza<sup>2</sup>.

Tipos de maltrato infantil<sup>2</sup>:

- Según el momento en el que se producen:
  - **Prenatal**, cuando el maltrato se produce antes del nacimiento del niño.
  - **Postnatal**, cuando el maltrato se produce durante su vida extrauterina.
- Según los autores:
  - **Familiar**, cuando los autores del maltrato son familiares del menor, principalmente familiares en primer grado (padres, biológicos o no, abuelos, hermanos, tíos, etc.).
  - **Extra-familiar**, cuando los autores del maltrato no son familiares del menor, o el grado de parentesco es muy lejano (familiares en segundo grado) y no tienen relaciones familiares.

- **Institucional**, es el maltrato provocado por las instituciones públicas, bien sean sanitarias, educativas, etc.
- **Social**, cuando no hay un sujeto concreto responsable del maltrato, pero hay una serie de circunstancias externas en la vida de los progenitores y del menor que imposibilitan una atención o un cuidado adecuado del niño.

Como ya he dicho, este trabajo se centrará en aquel maltrato ejercido por la familia (padres, abuelos, tíos, hermanos...)

- Según la acción u omisión concreta que se produce:
- **Maltrato físico**: Toda acción de carácter físico voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones físicas en el menor.
- **Negligencia**: Dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.
- **Maltrato emocional**: Toda acción, normalmente de carácter verbal, o toda actitud hacia un menor que provoquen, o puedan provocar en él, daños psicológicos.
- **Abuso sexual**: Cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.

## HISTORIA Y ACTUALIDAD

El objetivo de esta introducción es describir la evolución y la situación actual, así como la magnitud de un problema social de alcance mundial como es el maltrato infantil en general, y más en concreto aquel que tiene lugar en el ámbito familiar.

“El maltrato infantil tiene lugar desde el origen de la humanidad. Es algo que ya ocurría en las primeras civilizaciones que pisaron la faz de la tierra”. Era tal el nivel de desprecio hacia los menores, que incluso el infanticidio se concebía con total naturalidad. En algunas civilizaciones de la antigüedad, tales como en la antigua Grecia y Roma, se practicaba esta forma brutal de violencia hacia los menores. En Grecia se lanzaba los niños con alguna deformidad o problema desde el Monte Taigeto, y en Roma asesinaban a los niños enfermos o con deficiencias. Más tarde, con el origen del cristianismo, se consideraba el infanticidio un delito, y fue religión pionera en valorar y respetar a los niños<sup>6,7</sup>.



La violencia contra los niños era concebida como algo normal y propio de la vida en la antigüedad. No se respetaba su vida, y mucho menos se tenían en cuentas sus sentimientos ni necesidades emocionales. Tal era la normalidad al hablar de ejecución infantil, esclavitud u otras formas de maltrato, que incluso Aristóteles decía; “un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”<sup>6,7</sup>.

Posteriormente, en la Edad Media e incluso en la Revolución Industrial del siglo XVIII, los niños trabajaban en condiciones de esclavitud. No fue hasta finales del siglo XIX y sobre todo en el siglo XX cuando se comenzó a tomar en serio la violencia infantil como un verdadero problema a nivel global, y más allá de eso, como un atentado moral, ético y social, con el que era necesario terminar. El castigo infantil, sin llegar a la muerte, mediante azotes, bofetones o el uso del látigo, se consideraba la forma más correcta de educar a los hijos. Incluso se incentivaba este maltrato en “pequeñas dosis” mediante leyes. Digamos que el maltrato familiar era defendido por casi toda la sociedad. En el siglo XIII se apoyaba el castigo corporal de los niños, pero por otro lado, provocar la muerte del niño estaba castigado por la Ley. A su vez, se sabe que existía discriminación de sexo, a las niñas se las valoraba mucho menos que a los varones, de tal forma que eran asesinadas un mayor porcentaje de niñas respecto de los niños<sup>6,7</sup>.

En cuanto a la situación actual del maltrato infantil, según la OMS<sup>1</sup>, una cuarta parte de los adultos reconocen haber sufridos malos tratos físicos de niños. Este dato da muestra de la tremenda importancia e influencia que tiene tal problema en la salud pública mundial. A pesar de ello, sigue gozando de escasa visibilidad en la sociedad, lo que no se corresponden con su verdadera importancia. Así mismo, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres afirma haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

Además, en muchas de las ocasiones, el maltrato a menores acaba concluyendo con la muerte del niño. Según estudios, cada año mueren por homicidio unos 41.000 menores de 15 años. Cifra, por el contrario, que subestima la relevancia y el valor real de la magnitud de este problema, ya que una parte de las muertes ocasionadas por maltrato infantil, son atribuidas falsamente a otros factores como pueden ser caídas, ahogamientos u otras causas<sup>1</sup>.

Según un estudio de UNICEF <sup>8</sup>, a nivel global “el 71% de los niños y niñas recibe algún tipo de violencia de parte de su madre y/o padre. Donde un 51.5 % sufre algún tipo de violencia física y el 25.9% de los niños y niñas sufre violencia física grave”. Por otro lado, desde el año 1994 hasta ahora, se ha apreciado una disminución del maltrato hacia menores, aunque sin embargo, la violencia física grave sigue ocurriendo en un porcentaje de casos muy similar. A su vez, “el maltrato afecta de manera transversal a todos los niños/as y adolescentes de todos los estratos sociales”. Es decir, que independientemente de la situación socioeconómica de la familia, el maltrato infantil existe en todos y cada uno de los estratos sociales.

En otro informe de UNICEF <sup>9</sup> encontramos datos que resultan escalofrantes. Existe muy poca repercusión y se da muy poca importancia, a la verdadera situación de los niños en muchos países del mundo. Por ejemplo:

1. 6 de cada 10 niños en el mundo de entre 2 y 14 años sufren maltrato físico a diario. Lo que significa que 1.000 millones de niños aprox. reciben maltrato por parte de sus cuidadores.
2. Cada 5 minutos 1 niño muere a causa de la violencia
3. En 2012 95.000 niños y adolescentes menores de 20 años fueron asesinados
4. El 98% de las mujeres somalíes ha sufrido mutilación genital. Si, en algunos países del mundo las niñas son sometidas a técnicas tan crueles como la mutilación genital.
5. El conflicto en Siria cobra la vida de 10.000 niños. Los niños son los mayores perjudicados cuando quedan encerrados en un país en conflicto bélico.

En España, encontramos 5.516 casos de población menor de 18 años que ha sido víctima de violencia familiar en el año 2016. Siendo Andalucía la Comunidad Autónoma en la que más casos han aparecido, seguida de Madrid y la Comunidad Valenciana. Destacan positivamente el País Vasco y Cataluña, donde únicamente están reflejados 4 y 11 casos de maltrato, respectivamente. Además, en los últimos años, desde 2008 a 2016, el número de maltratados menores de 18 años en España ha ido en aumento, por lo que podemos decir que estamos ante un problema que, lejos de solucionarse, está en tendencia alcista<sup>10</sup>.

### NIÑOS Y NIÑAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR (2015)

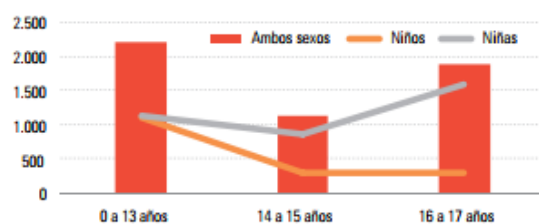


Figura 1.

En la figura 1.<sup>11</sup> se muestra el número de casos de violencia infantil en el hogar en los últimos años en España, según sexo. Se aprecia como hasta los 13 años, el número de casos en niños y niñas es idéntico. Sin embargo, a partir de esa edad, las niñas son las que más sufren, en contraste con los niños, cuyo número de casos desciende notablemente<sup>11</sup>.

Actualmente, en España se calcula que entre 5 y 15 de cada 1.000 niños sufren malos tratos. Y en cuanto al abuso sexual, se estima que antes de los 18 años la prevalencia es de un 17,9%, siendo un 14,3% antes de los 13 años y un 3% entre los 13 y los 18. Además, un 15,5% de los varones y un 19% de las mujeres manifiestan haber sufrido malos tratos sexuales en su infancia<sup>12</sup>.

Sin embargo, y a pesar de estos datos que provienen de estudios fiables<sup>2,12</sup>, es difícil establecer realmente el número de casos de maltrato infantil que ocurren en el mundo. “La prevalencia real del maltrato infantil es desconocida, ya que la mayoría de los casos no son detectados. La propia naturaleza del problema, que en gran número se produzcan dentro de la propia familia, el miedo a la denuncia, la formación insuficiente de los profesionales, que el agredido sea un niño, etc., condicionan el conocimiento del número de casos”. Es decir, solo una pequeña parte de los casos de maltrato a menores son detectados, y únicamente una pequeña parte de todos ellos son visibles para todos. Según datos de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas, solo se detectan entre un 10 y un 20% de los casos<sup>12</sup>. En este sentido podemos utilizar el ejemplo de un iceberg, en el que solo vemos una pequeñísima parte de lo que realmente representa<sup>2</sup>.

Existen distintos factores que provocan el desconocimiento y la baja tasa de detección de casos de violencia infantil en el hogar. Las falsas creencias y los mitos son algunos de ellos. “el amor y la violencia no pueden coexistir en las familias”, “el maltrato

infantil es fundamentalmente físico” o “el maltrato no existe en clases sociales altas” son algunos de los mitos arraigados en nuestra sociedad<sup>2</sup>.

Además, es destacable reseñar una serie de conclusiones comunes, extraídas de diversos estudios españoles<sup>2</sup>:

- “Se ha confirmado que muchos de los menores maltratados han sufrido más de un tipo de maltrato”.
- “El maltrato se da en niños de todas las edades. El maltrato físico es más frecuente en menores de 2 años y el abuso sexual es más frecuente a partir de los 9 años y sobre todo entre los 12 y los 15”.
- “En todos los casos hay una acumulación de factores de riesgo como son los escasos recursos de apoyo; se aducen también factores como el ser niño prematuro, padecer enfermedades frecuentes o ser hiperactivo; y sobre todo situaciones socio-familiares como el desempleo, la desestructuración familiar, ambientes carentes de afecto, el alcoholismo y la drogadicción, o una vivienda inadecuada”.

## **FACTORES DE RIESGO O CAUSAS**

El maltrato en el hogar y en la familia suele surgir de la interacción de varios factores predisponentes, así como de la situación familiar y la relación con los distintos contextos que rodean a la familia<sup>4</sup>.

Por un lado, tanto la víctima como el agresor predisponen de una serie de características previas, y que suelen ser comunes, las cuales aumentan las probabilidades de que se produzca una situación de violencia infantil. Por parte de la víctima; la presencia de alguna enfermedad, discapacidades, trastornos psicológicos o problemas de conducta, son factores que aumentan la probabilidad de que sufrir algún tipo de maltrato. Además, también influye ser menor de 4 años, ser un hijo no deseado o ser hijo/a adoptivo. En cuanto al sexo las niñas tienen mayor probabilidad de sufrir acoso sexual y los niños de sufrir violencia física grave<sup>1,4,5</sup>.

Por parte del agresor, los factores que aumentan las posibilidades de que ejerza algún tipo de maltrato contra el menor pueden ser, entre otros, la dificultad de empatizar,

mayores niveles de estrés que el resto de la población, con tendencia al asilamiento social, unas expectativas irreales e inapropiadas respecto al niño, o aspectos de la personalidad como ser una persona compulsiva o violenta. Además, el consumo de drogas y/o alcohol o la delincuencia, están directamente correlacionados con el maltrato infantil<sup>1,4,5</sup>.

Así mismo, encontramos factores familiares. Antecedentes de maltrato infantil, de violencia en la familia o la desestructuración familiar, así como falta de cualidades para manejar el estrés, o el asilamiento social familiar. También aumenta el riesgo algún tipo de problema físico o mental que pueda tener la persona, la separación de los padres, la pérdida de los mismos o el modelo autoritario llevado a cabo por ellos a la hora de criar a sus hijos<sup>1,4,5</sup>.

Y por último, los factores socio-culturales o comunitarios. Una situación socioeconómica baja de la familia, en relación con la inestabilidad laboral, el bajo nivel de ingresos y unas condiciones de vivienda denigrantes, aumentan el riesgo de maltrato infantil. A su vez, la falta de redes de apoyo social, la pertenencia a grupos o minorías étnicas de la sociedad (en las que el maltrato es más frecuente), el marco legislativo (de muchos países) que acepta distintos niveles de violencia ejercida por los progenitores o tutores si se considera una actitud disciplinaria<sup>1,4,5</sup>.

## **CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL**

Es obvio que el maltrato supone un sufrimiento en la propia víctima y en la familia, y debido a ello, el maltrato infantil en todas sus modalidades tiene grandes repercusiones, tanto en la víctima como en la familia de la misma. Dichas repercusiones serán físicas (en caso de abuso sexual, maltrato o negligencia) y/o psicológicas. Además, estas repercusiones se aprecian a corto plazo, como pueden ser los daños físicos, pero también aparecen a largo plazo, en el que aparecen las secuelas psicológicas o conductuales<sup>1,4</sup>.

A pesar de que no a todos los niños les afecta de la misma forma el maltrato ejercido sobre ellos, resulta obvio que van a presentar una serie de consecuencias en su salud. Dichas consecuencias dependen del tipo de maltrato ejercido, el grado o gravedad, la frecuencia o la edad del propio niño<sup>5</sup>.

El maltrato infantil conlleva un retraso en el desarrollo normal del niño. Aparecen sentimientos como el abandono, el desapego, el rechazo, temor, ansiedad, trauma, inseguridad, autoestima baja y problemas para relacionarse socialmente. La pérdida de confianza en uno mismo y en los demás, inseguridad o aislamiento emocional también son comunes. El problema es que el niño no se siente seguro en un lugar donde sí debería sentirse así, el hogar. Además, dependiendo del grado de maltrato y de la edad del niño, aumentan los pensamientos e ideas suicidas en el niño. Por su parte, las niñas maltratadas muestran una actitud de vergüenza y sentimiento de culpa, mientras que los niños se vuelven más agresivos, física y verbalmente<sup>1,4,5</sup>.

Cognitivamente, los niños se vuelven más temerosos y vigilantes, les resulta difícil expresar sus emociones y ser afectivos. Además, distorsionan la realidad, pueden interpretar las intenciones de la gente de manera errónea, siendo más prejuiciosos. Es decir, ante una muestra de cariño ellos lo pueden llegar a interpretar como algo dañino<sup>4,5</sup>.

En cuanto a las conductas, depende del tipo de maltrato que haya sufrido el menor. Pero por lo general, los niños maltratados suelen ser más agresivos y violentos, pueden sufrir un retraso intelectual y académico importante, presentar un comportamiento sexual inapropiado para su edad, falta de autonomía a medida que crecen, aislarse del resto de niños y tener mejor relación con aquellos niños que también tienen comportamientos violentos<sup>4,5</sup>.

Por otro lado, diversos estudios señalan a tener en cuenta las consecuencias neurológicas en el niño. Se ha comprobado que el estrés que los niños sufren, es capaz de dañar las estructuras neurales del niño, en una etapa en la que se produce el desarrollo del sistema neurológico, y que por lo tanto, puede tener graves consecuencias en el niño cuando crezca. “Estos efectos pueden causar deficiencias en el desarrollo del lenguaje y las capacidades cognitivas así como aumento de la vulnerabilidad frente a los estresores y modificación de la capacidad de resolución de conflictos”<sup>4</sup>.

Más a largo plazo pueden presentar consecuencias como; abuso de alcohol y drogas, aumento de la violencia (como víctima o como agresor), enfermedades pulmonares, cardíacas, ETSs, obesidad, pensamientos suicidas, tabaquismo, depresión, trastornos mentales, y más<sup>1,5</sup>.

Y por último, cabe destacar el costo socio-sanitario. El maltrato tiene un impacto económico directo: atención médica inmediata, servicios legales y sociales, futuros problemas médicos, etc. Este costo económico, pese a que pueda parecer lo contrario, es de gran tamaño, y para que nos hagamos una idea, en “EEUU se calcularon los costos económicos asociados con el abuso infantil y el trato negligente, incluidos los ingresos futuros perdidos y la atención en salud mental, en 94 mil millones de dólares”<sup>1,4,5</sup>.

## **LEGISLACIÓN**

Como ya hemos dicho, el maltrato infantil no se consideró como un tema serio hasta finales del siglo XIX. Anteriormente habían existido leyes en torno a este tema, pero la mayoría eran defensoras y promulgadoras del castigo infantil. Y fue ya en el siglo XX cuando por fin aparecieron las primeras leyes de carácter mundial en defensa de los niños y sus derechos. Por ejemplo, la Ley de 23 de julio de 1903 relativa al abandono, mendicidad y vagancia de los niños, o la Ley de 12 de agosto de 1904 de Protección de la Infancia promovida por el médico Manuel Tolosa Latour, cuyo Reglamento vio la luz en 1908. Sin embargo, durante la II República y la Guerra Civil, estas leyes sufrieron varias modificaciones que hicieron necesaria una reconstitución de las mismas que supusiera la clarificación legislativa en este ámbito<sup>7,13</sup>.

En 1946 se creó UNICEF o también llamado el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 13 años más tarde, en 1959, las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos de los Niños. La cual no era de obligatorio cumplimiento ya que no tenía carácter legislativo. Por ello, años más tarde, en 1978, se comenzó a fraguar la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, cuyo texto se aprobó finalmente el 20 de Noviembre (fecha en la que se celebra el Día Universal del Niño) de 1989 y de cumplimiento obligatorio para todos aquellos estados o países que la firmasen. En 1990 fue firmada por España junto con otros 19 países y se convirtió en Ley. Hoy en día, ha sido formada por todos los países del mundo excepto por EE.UU. También destacar la Carta Europea de los Derechos del Niños, aprobada por el Parlamento Europeo en 1992<sup>2,14</sup>.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) intenta promover que todos los países constituyentes de ella establezcan una reforma legal capaz de proteger los derechos de todos los niños y, sobre todo, protegerlos ante cualquier forma de castigo

físico u otra forma denigrante de maltrato. Al mismo tiempo, considera que la prevención es la base para evitar cualquier tipo de castigo dentro de la familia; “prevenir la violencia contra los niños cambiando las actitudes y la práctica, subrayando el derecho de los niños a gozar de igual protección y proporcionando una base inequívoca para la protección del niño y la promoción de formas de crianza positivas, no violentas y participativas”<sup>5</sup>.

En cuanto a la legislación en España, como ya sabemos, el ordenamiento jurídico de garantías, así como el más influyente e importante en nuestro país es la Constitución Española de 1978. En ella, se recoge el derecho a la vida y la integridad física y moral, a la educación y a la salud. Y concretamente en el artículo 39, encontramos referencias acerca de los derechos de los menores y la protección de estos<sup>2</sup>:

- Los poderes públicos asegurarán la protección social, económica y jurídica de la familia.
- Los poderes públicos aseguraran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil. La ley posibilitara la investigación de la paternidad.
- Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos que legalmente proceda.
- Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

Además, la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, establece las actuaciones a llevar a cabo por parte de los poderes públicos en situaciones de desprotección social del menor. Sin embargo, esta no es la única ley en relación al maltrato infantil, existen otras muchas leyes generales que se encargan de conservar y preservar los derechos y necesidades de los niños.

Por otro lado, en el artículo 148.1 20, se promulga la transferencia de competencias en materia de asistencia social a las distintas Comunidades Autónomas. Por tanto, cada una de las CC.AA. posee sus diferentes leyes en el ámbito de la infancia<sup>4</sup>.



## **2. JUSTIFICACIÓN**

El estudio del maltrato infantil resulta complicado, debido a que no se conoce la verdadera magnitud del problema. El maltrato infantil en el hogar sigue siendo un tema “tabú” en nuestra sociedad y está muy arraigado en la cultura de la mayoría de países del mundo. Lejos de disminuir, es algo que va en aumento y debemos hacer visible. La idea de que el castigo es necesario para educar a un hijo debe ser eliminada por completo de nuestra sociedad.

La Enfermería dispone de una posición privilegiada para prevenir y realizar un cribado de los menores que sufren maltrato infantil. Por un lado, las enfermeras/os son accesibles para la comunidad, gozan de la confianza de la mayor parte de la población, y además, trabajan en diferentes niveles asistenciales, por lo que se puede coincidir con ellas en distintos ámbitos.

La Enfermería debe buscar la mejor manera de prevenirlo, y esto aparece reflejado en su Código Deontológico. En dicho Código, se establece que la Enfermería debe salvaguardar los derechos de los niños, protegerlos de cualquier tipo de abuso y además, debe promover la salud y el bienestar familiar, con el fin de que puedan crecer con salud y dignidad <sup>15</sup>. En el caso de que el maltrato ya se haya producido, la Enfermería debe ser capaz de detectarlo y conocer y poner en marcha aquellos mecanismos más adecuados para tratarlo. Como dice la OMS, “la atención continua a los niños y a las familias puede reducir el riesgo de repetición del maltrato y minimizar sus consecuencias”<sup>1</sup>.

El maltrato genera problemas de salud, mental y física, que aparecen a corto y largo plazo, y cuyas consecuencias no son solo a nivel personal, sino que acaba afectando a todo el contexto socio-comunitario. Aparece la necesidad de que, utilizando el conocimiento enfermero sobre la salud y el trato cercano con las personas, creamos conciencia de la importancia de este problema que ocurre en muchos hogares. Pero no solo la Enfermería debe actuar, sino que desde todos los organigramas del estado se debe trabajar<sup>1</sup>.

Existen algunos estudios sobre la práctica enfermera en el maltrato infantil, pero son menos los que se centran en la violencia que tiene lugar en el ámbito familiar. Por ello,

resulta primordial tratar que en la familia no ocurran estos sucesos, ya que el hogar debería ser el lugar donde los niños se sientan más protegidos.

- **Objetivo principal**

Identificar y conocer, tras una lectura crítica de la literatura científica consultada, el abordaje de la Enfermería ante el maltrato infantil en el ámbito familiar

- **Objetivos específicos**

- Dificultades con las que se encuentra la Enfermería a la hora de abordar un caso de maltrato infantil.
- Estrategias utilizadas por la Enfermería para la prevención del maltrato infantil (EpS, prevención primaria, secundaria y terciaria), así como los resultados o la eficacia de estas medidas preventivas.
- La identificación y el diagnóstico de casos de maltrato infantil por parte de la enfermera. Así como evidencia y resultados de cribados.
- Identificar los protocolos y modos de actuación llevados a cabo por la enfermera ante la detección de un caso.

**Pregunta de Investigación.**

¿De qué manera es capaz la Enfermería de intervenir en el maltrato infantil en el hogar, ayudando a su prevención, procurando una detección más precoz y adecuada, y llevando a cabo las actuaciones pertinentes para su resolución?

### 3. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión narrativa en las principales bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud, concretamente en Cuiden, PubMed, CINHALL y la Biblioteca Virtual en Salud. También se utilizó Google Scholar para la búsqueda de artículos completos, así como el repositorio de artículos Sci-Hub. Y además, se realizaron búsquedas libres en la web, mediante el buscador Google.

Para la realización de la búsqueda se seleccionaron en primer lugar una serie de palabras clave, las cuales son: maltrato infantil, familia, Enfermería, protocolo enfermero, proceso de Enfermería, niño, adolescente, prevención, violencia familiar. Posteriormente se tradujeron de lenguaje libre a lenguaje controlado, empleando para ellos descriptores DCEs y términos MeSH. Dicha traducción de lenguaje libre a lenguaje controlado viene recogida en el siguiente cuadro. (Cuadro 1.)

<b>Cuadro 1.</b>		
Lenguaje libre	Descriptores DCEs	Términos MeSH
Maltrato infantil	Child abuse	Child abuse
Familia	Family	Family
Enfermería	Nursing	Nursing
Proceso de Enfermería	Nursing process	Nursing process
Protocolo enfermero/ protocolo	Nursing protocol/ protocol	Nursing protocol
Niño	Child	Child
Adolescente	Adolescent	Adolescent
Prevención	Prevention	Prevention
Violencia familiar	Family violence	Family violence

Con la finalidad de realizar búsquedas más concretas, hemos combinado los términos anteriores mediante el uso de los **operadores booleanos** “AND” y “OR”. Además, para conseguir una búsqueda más precisa aún si cabe, se han establecido **límites** en cada base de datos referentes a los años de publicación de los artículos (<5 años), el idioma (español e inglés), y edad de interés para el objetivo de este trabajo (0-18 años).

Para la selección de los artículos encontrados, tras establecer los límites ya citados, se han utilizado *criterios de inclusión y exclusión* comunes en las diferentes bases de datos, los cuales están recogidos en el Cuadro 2.

<b>Cuadro 2.</b>	
<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Titulo y/o resumen relacionados con el maltrato infantil en el ámbito familiar y la Enfermería	No alusión al personal de Enfermería en título y/o resumen
Referencia a edad pediátrica (a pesar de haberlo establecido como límite)	Referencia a otro tipo de maltrato que no sea el maltrato infantil en el hogar
	Referencia a otras edades aparte de la edad pediátrica

## METODOLOGÍA: ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

PUBMED					
Estrategia de búsqueda	de	Limites	Artículos encontrados	Artículos validos	Eliminados
((("Child Abuse"[Mesh]) AND "Family"[Mesh]) AND ("Child"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh])		5 years English/spanish Child: birth-18 years	8	2	-Por título o abstract
((("Child Abuse"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh])		5 years English/spanish Child: birth-18 years Abstract	52	3	-Por título o abstract -Artículos repetidos
((("Child Abuse"[Mesh]) AND "Nurse's Role"[Mesh]) AND "prevention and control" [Subheading])		5 years English/spanish Child: birth-18 years Abstract	22	2	-Por título o abstract -Artículos repetidos
(((((("Child Abuse"[Mesh]) AND "Child"[Mesh]) OR "Adolescent"[Mesh]) AND "Domestic Violence"[Mesh]) AND "Nursing Process"[Mesh]) AND "Nursing Assessment"[Mesh])		5 years English/spanish Child: birth-18 years	15	1	-Por título o abstract -No disponible texto completo -Artículos repetidos
((("Child Abuse"[Mesh]) AND "Nurse's Role"[Mesh])) AND "Domestic Violence"[Mesh])		5 years English/spanish Child: birth-18 years Abstract	30	1	-Por título o abstract -Artículos repetidos

CUIDEN				
Estrategia de búsqueda	Limites	Artículos encontrados	Artículos validos	Eliminados
“Maltrato infantil” AND “enfermería”	5 años	3	2	Por no responder a los objetivos del trabajo

CINAHL				
Estrategia de búsqueda	Limites	Artículos encontrados	Artículos validos	Eliminados
Child abuse (TI) AND nursing (TI)	10 years English or spanish	8	3	Por no responder a los objetivos del trabajo
(TX child abuse) AND (TX nursing) AND (TX protocol)	5 years English or spanish Newborn-18 years	17	1	Por no responder a los objetivos del trabajo
(TX child abuse AND TX screening AND TX nursing process)	10 years English or spanish	12	1	Por no responder a los objetivos del trabajo

En la base de datos CINAHL, en 2 de las búsquedas se ha ampliado la fecha límite de los artículos encontrados a 10 años, debido a la escasez que había de ellos en un máximo de 5 años.

Biblioteca Virtual en Salud				
Estrategia de búsqueda	Limites	Artículos encontrados	Artículos validos	Eliminados
(tw:(child abuse)) AND (tw:(nursing))	5 years English or spanish Región: Europa Niño o adolescente	11	3	Por no responder a los objetivos del trabajo

## **4. RESULTADOS**

De los 19 artículos seleccionados y analizados, 18 son de origen extranjero, habiéndose encontrado únicamente un estudio reciente llevado a cabo en España, por lo que la procedencia del total de artículos es extranjera en su mayoría, y de distintos países del mundo, destacando Brasil y EEUU. Además, 3 artículos han sido descartados tras su lectura ya que no los he considerado pertinentes para el objetivo de este trabajo. Por tanto, 16 son los artículos con los que se ha elaborado esta revisión bibliográfica. En el Anexo I se presenta una tabla que recoge las principales características de dichos artículos (título, autor, año y país, tipo de diseño, objetivos, muestra, principales resultados).

Los resultados obtenidos tras la lectura y el análisis de los diferentes artículos, los he dividido en base a los objetivos específicos de este trabajo: dificultades enfermeras en el abordaje de un caso de maltrato infantil, estrategias de prevención llevadas a cabo por la Enfermería y resultados de las mismas, identificación y diagnóstico por parte de la Enfermería, así como evidencia y resultados de cribados, y actuación y protocolos ante el maltrato infantil llevados a cabo por Enfermería.

### **DIFICULTADES ENFERMERAS EN EL ABORDAJE DEL MALTRATO INFANTIL.**

La mayoría de estudios<sup>16, 17, 18, 19, 20</sup> están de acuerdo en que las enfermeras disponen de una posición privilegiada para detectar casos de violencia infantil. No solo las enfermeras pediátricas, sino todas ellas sin importar su ámbito de trabajo, deben ser capaces de identificar un caso de abuso y poner en marcha los mecanismos necesarios<sup>20</sup>. La mayoría de estudios coinciden en ello. Su contacto continuo con las personas y las familias, así como su formación académica facilitan esta labor y hace que disfruten de la confianza de la comunidad<sup>16</sup>. Incluso la ONU considera necesaria la función de la enfermera en cuestiones relativas a la protección infantil<sup>20, 21</sup>.

Sin embargo, el abuso infantil es un tema complicado de manejar, y que en la sociedad occidental sigue siendo un tema con poca visibilización. Incluso profesionales de la salud como las enfermeras, presentan dificultades o complicaciones a la hora de manejar un caso de maltrato infantil en el ámbito familiar. Continúan enfrentando

barreras para el cribado, y posteriormente no logran la detección que deberían<sup>22</sup>. En un estudio realizado en Brasil<sup>16</sup> con 616 enfermeras, el 56,9% informaron que no habían identificado casos de abuso, mientras que el 43,1% afirmaron que sí. Y en relación a la notificación de los casos identificados, el 58,4% no presentó un informe y el 41,6% informó el abuso.

En otro estudio<sup>19</sup> llevado a cabo en Israel, solo el 40% de los encuestados había denunciado abuso infantil. Y, además, el 20% del total de encuestados sospecharon casos de maltrato infantil pero no los notificaron. Estos datos demuestran que los profesionales de Enfermería tienen verdaderas dificultades a la hora de informar el maltrato.

Por otro lado, se pudieron extraer una serie de resultados interesantes, relacionados con los problemas de las enfermeras a la hora de afrontar un caso de abuso infantil<sup>16</sup>. Aquellos/as enfermeros/as que llevaban trabajando dentro de Atención Primaria (AP) cinco o más años tuvieron 3.09 veces más probabilidades de reportar el abuso. Tener un formulario de informe dentro de la unidad de AP aumentó la probabilidad de rellenar un informe por tres veces. Del mismo modo, saber dónde remitir los casos de abuso infantil aumentó en 3,33 veces la práctica de informes. No tener miedo a las consecuencias legales casi duplicó la probabilidad de informar. Finalmente, creer que los informes de abuso dentro de AP son una ventaja, aumentan la probabilidad de cumplir con los dispositivos que regulan los informes casi tres veces.

Además, los profesionales a menudo no se sienten preparados y competentes para enfrentar el problema. Según informes<sup>16</sup>, enfermeras de AP creen que el abuso de niños y adolescentes está dentro del ámbito de otros profesionales (por ejemplo, trabajadores sociales o psicólogos).

Según el mismo estudio, la Enfermería se encuentra con dificultades a la hora de notificar el abuso, cuya consecuencia es un infra-registro de los casos de abuso infantil. Es decir, se notifican muchos menos de los que realmente ocurren, incluso aunque las enfermeras identifiquen la existencia de estos casos<sup>16</sup>. Si bien la violencia es un tema común durante las rutinas de las enfermeras, no se trata con la seriedad o el nivel de prioridad adecuados<sup>19</sup>.

A pesar de ello, tanto las enfermeras como los médicos están obligados a informar y reportar todas las sospechas de maltrato infantil que puedan encontrar<sup>19, 20, 23</sup>. Y al mismo tiempo, los médicos tienen más tendencia a informar que las enfermeras<sup>19</sup>. Según Lazenbatt y Freeman, y Shechter y col.<sup>19</sup>, la principal razón para que tanto enfermeras como médicos no informen es el temor a las consecuencias legales que pueda haber. Además, Lazenbatt y Freeman también opinan que el miedo a la identificación errónea y la falta de voluntad para enfrentar a las familias son barreras a la hora de informar. La falta de pautas y protocolos claros impide que los profesionales de la salud no informe los casos identificados. Glasser y Chen comparten esta idea y muestran como el conocimiento de los procedimientos y reglamentaciones es un factor clave a la hora de denunciar incidentes de abuso infantil<sup>19</sup>.

Además, se encontró una correlación positiva entre los siguientes factores y las posibilidades de notificar<sup>19</sup>; cuanto más fuerte sea el punto de vista contra el abuso y mayor la responsabilidad profesional percibida de informar tal abuso, así como el sentido de autocontrol de la información, mayor será la intención de informar.

Según la revisión de alcance realizada por Leesa Hooker, Bernadette Ward y Glenda Verrinder, la privacidad, el momento del cribado y la falta de conocimiento suponen otra serie de complicaciones a la hora de afrontar el maltrato infantil<sup>22</sup>. Garantizar la privacidad y confidencialidad promueve una seguridad para una posible divulgación de los casos. Jack y col. sugieren que el momento del cribado no sea inmediatamente después del nacimiento del niño, ya que esos momentos suelen ser de ansiedad y preocupaciones para los padres, donde aparecen problemas de sueño, de falta de tiempo, etc. Sin embargo, las enfermeras consideran que, si no se realiza a tiempo, los padres pueden evitar hablar sobre sus experiencias de violencia. Y por último, las enfermeras expresaron la necesidad de capacitación y educación adicional, más allá de aprender a usar una herramienta de detección, para ser eficaces en la evaluación de riesgos, la planificación de la seguridad y la derivación. Para ello, la idea de Dickson y Tutty<sup>22</sup> para el desarrollo de habilidades prácticas como las técnicas de entrevistas, proponían un juego de roles para ganar confianza y mejorar las respuestas a la divulgación.

Además, este estudio deja claro que existe una falta de discusión internacional respecto al bienestar de los niños y a la violencia infantil. Se necesita una investigación continua en este ámbito, que proporcione a las enfermeras recursos más específicos y evidencia



sobre el cribado llevado a cabo en la practica<sup>22</sup>. Aunque no resulte fácil, ya que existen barreras que dificultan la investigación<sup>24</sup>. Por ejemplo, en el caso del abuso sexual; falta de tiempo, perdida de la relación con la familia, incomodidad con la discusión de la sexualidad o la incertidumbre sobre qué ocurre si se revela abuso sexual.

Siguiendo esta línea, en un estudio realizado en Sao Paulo<sup>23</sup>, las enfermeras coincidieron en que no estaban preparadas para identificar y enfrentar la violencia. Solo el 20% declaró haber sido entrenadas contra la violencia doméstica. Reconocen la falta de capacitación, a lo que se suma la alta carga de trabajo y la escasez de personal como factores barrera ante el manejo del abordaje del maltrato infantil.

Actualmente, muchos profesionales de Enfermería no están preparados ni informados sobre las políticas públicas que protegen a los niños y adolescentes, y en consecuencia no notifican los casos sospechosos de violencia presenciados en los servicios de salud<sup>23</sup>. En la misma línea, Gilbert y col.<sup>17</sup> revelan el escaso porcentaje de casos de abuso que son informados, y establecen una serie de factores que pueden influir a la hora de informar; la gravedad percibida de la situación; una falta de conocimiento de los procesos apropiados para informar; miedo a malinterpretar las prácticas culturales; o preocupaciones sobre empeorar la situación o interrumpir una relación terapéutica

Uno de los puntos más significativos encontrados en este estudio fue el temor que sienten los trabajadores de la salud en relación con la violencia doméstica. A menudo se sentían intimidados por las reacciones y acciones del agresor, y por las amenazas de las familias de las víctimas hacia los profesionales de la salud, especialmente aquellos que trabajan en el Centro de Salud. Esta puede ser la causa de su falta de voluntad para adoptar medidas de protección<sup>23</sup>.

Las principales causas, según este estudio, del infra-reporte de casos de violencia infantil fueron; falta de preparación y conocimiento, falta de estructura de la red de soporte, falta de protección para los trabajadores que denuncian casos, temor a demandas, y el desempeño insatisfactorio de los servicios de protección.

Por tanto, es necesario pensar en el desarrollo de un conocimiento científico sólido que pueda orientar las prácticas de salud de las enfermeras y los profesionales de la salud que se ocupan de la realidad de la violencia contra los niños<sup>25</sup>.

## **ESTRATEGIAS UTILIZADAS POR LA ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL.**

Como ya hemos visto, el maltrato en la infancia tendrá consecuencias en el niño, tanto a corto como a largo plazo. El maltrato en la infancia a menudo ocasiona dificultades emocionales en edades tempranas, un menor rendimiento escolar y dificultades a la hora de socializar, entre otras muchas consecuencias<sup>26</sup>. Por ello, la prevención adquiere un papel importantísimo a la hora de disminuir la incidencia de este problema de la salud pública, y la enfermera se posiciona como una de las principales proveedoras de esta prevención.

La prevención primaria del maltrato infantil consiste en una temprana identificación e intervención de los padres en riesgo de ser maltratadores, identificando en ellos una serie de comportamientos o factores de riesgo<sup>26</sup>. En este sentido, se destaca la importancia de que los esfuerzos se dirijan hacia los factores de riesgo y de protección en todos los niveles, incluidos los niveles individuales, de relación, comunitarios y sociales<sup>17</sup>.

Sin embargo, en contraposición, Gambrill & Shlonsky<sup>27</sup> afirman que el uso de factores de riesgo para predecir el maltrato infantil es poco fiable, ya que la evaluación de riesgos en el maltrato infantil es indudablemente compleja. En la misma línea, Sidebotham<sup>27</sup> explica que el conocimiento de los factores de riesgo es útil en la prevención primaria, pero los factores de riesgo no son necesariamente predictivos y no deben usarse en las herramientas de detección para individuos

Un estudio llevado a cabo en Japón<sup>26</sup>, investigó el resultado de programas de intervención en prevención primaria, llevados a cabo en hospitales maternos y en centros de salud de atención primaria (AP). Estos programas, se basaron en 3 etapas<sup>26</sup>:

1. Cribado de los padres en los centros hospitalarios y en centro de AP mediante los 21 factores de riesgo, los cuales son comunes en los padres maltratadores (peso al nacer, separación de la madre y el hijo al nacer, enfermedades congénitas, embarazo no deseado, problemas mentales de los padres o embarazo en la adolescencia, problemas en el desarrollo del niño, estrés o ansiedad de los

padres, desestructuración familiar, problemas económicos, malos cuidados del niño).

2. Visita domiciliaria por las enfermeras de AP para prevenir el maltrato infantil dando información y habilidades necesarias a los padres.
3. Referir a centros de protección infantil a aquellos padres en riesgo. En estos centros, se llevarán a cabo intervenciones psicológicas en colaboración con otros servicios comunitarios dirigidos al mismo objetivo.

Se concluyó afirmando que las visitas domiciliarias de ayuda y apoyo a los padres en riesgo, identificados en los centros hospitalarios, tras haber sido dados de alta en el hospital, reduce el riesgo de maltrato infantil. Y que además, el número de casos referidos por los centros de salud sería menor si fuéramos capaces de prevenir y referir aquellos casos durante el embarazo, la estancia hospitalaria e inmediatamente después de ser dados de alta<sup>26</sup>.

Otro estudio estadounidense<sup>17</sup>, se centra en la investigación de la prevención en los 3 niveles; prevención primaria, secundaria y terciaria. Los programas universales<sup>17</sup> están dirigidos a toda la población en general. Por ejemplo, *Essentials for Childhood* es una estrategia de prevención primaria cuyo objetivo es conseguir relaciones y ambientes seguros, estables y afectivos, esenciales para prevenir el abuso y la negligencia infantil y para asegurar que todos los niños alcancen su máximo potencial. Otros estudios<sup>20</sup> corroboran esta idea identificando la importancia de que las enfermeras creen un entorno seguro, no emitan críticas y muestren una actitud profesional y afectuosa

Los programas de prevención seleccionados<sup>17</sup>, van dirigidos a personas identificadas como en riesgo. Programas de educación que se enfocan en padres adolescentes, centros para padres e hijos que brindan apoyo integral educativo, apoyo a los padres de los niños económicamente desfavorecidos y programas de visitas domiciliarias que brindan educación y apoyo a madres embarazadas y nuevas madres, como el *Nurse-Family-Partnership (NFP)*.

Y las actividades de prevención indicadas<sup>17</sup>, centradas en las familias donde el maltrato ya ha ocurrido, y cuyo fin es reducir las consecuencias negativas y prevenir la recurrencia. Las estrategias cognitivo-conductuales han recibido apoyo empírico, y son utilizadas para tratar a las víctimas de maltrato infantil.

Volviendo al *Nurse-Family-Partnership (NFP)*, aparece en varios estudios<sup>17, 28</sup> como uno de los programas de prevención más efectivos. Este programa se creó en EE.UU, y posteriormente se ha llevado a otros países del mundo, como Inglaterra<sup>28</sup>. Este estudio promueve el uso del NFP, afirmando que conduce a una reducción del maltrato a menores. Se basa en factores de riesgo detectados en el momento del nacimiento del hijo. En una investigación llevada a cabo en Surrey (Inglaterra)<sup>28</sup>, una de cada 13 de estas familias de alto riesgo pasó a abusar de sus hijos durante los primeros 5 años de vida en comparación con 1 de cada 400 familias de bajo riesgo. Estos factores de riesgo son<sup>28</sup>: historia de violencia conyugal o doméstica, padres indiferentes, intolerantes o sobre-ansiosos por el niño, padres solteros o separados, bebé prematuro o con enfermedades mentales, problemas socioeconómicos, y más. Ordenados por capacidad predictiva.

La implementación del NFP está dirigida hacia todas aquellas madres jóvenes vulnerables (<21 años), primerizas y de bajos ingresos, que cumplan con los criterios y quieran unirse. Es un programa de visitas domiciliarias, realizadas por las enfermeras de salud pública, desde el embarazo hasta que el bebé cumple los 2 años de edad. Los resultados de este programa en América fueron muy positivos, ya que se consiguió reducir el maltrato en un 79% de los casos.

Sin embargo, un estudio de cohorte<sup>28</sup> identificó que al apuntar al NFP hacia madres jóvenes que solo experimentan dificultades económicas, se perderían el 77% de las familias que continúan abusando o descuidando a su hijo. Y aún más, al enfocarse la intervención para madres primerizas, jóvenes y con problemas económicos, se estima que alrededor del 90% de los casos de CAN (*Child Abuse and Negligence*) se pasarían por alto.

Por tanto, a pesar de que el programa NFP goza de un gran respaldo científico consiguiendo una gran eficacia a la hora de proteger a los niños, es necesario un enfoque más amplio de la población diana y un aumento de la plantilla enfermera para que puedan cubrir un mayor número de familias<sup>28</sup>.

En otro estudio llevado a cabo en Brasil<sup>25</sup>, los resultados fueron tajantes afirmando que una buena comunicación entre profesionales de la salud permite alianzas entre equipos, lo que agrega nuevas perspectivas y construye conocimiento, y también se refleja en la

relación de los profesionales con los pacientes. Las enfermeras-sujetos del estudio dejan en claro que su mundo de vida profesional está impregnado de relaciones intersubjetivas con el equipo interdisciplinario en la atención a los niños. Varias de ellas refieren coordinarse y actuar conjuntamente con el equipo médico, servicios sociales o psicólogos. Teniendo en cuenta los resultados del estudio, la interdisciplinariedad supone importantes posibilidades de proporcionar atención integral y atención completa a los niños con sospecha de abuso sexual.

También aparece la fenomenología social de Alfred Schütz<sup>29</sup> aportando una nueva mirada al fenómeno de la violencia. El profesional comprende de esta manera que la conducta social actual del paciente, es fruto de las experiencias pasadas sufridas por el paciente. Conocer la situación biográfica de los sujetos facilita la planificación de intervenciones más efectivas, y permite una mejor comprensión de las situaciones de violencia experimentadas por los sujetos. De esta manera la enfermera puede realizar actividades de promoción de la salud para que la violencia se enfrente desde la perspectiva de una cultura de paz.

La Academia Americana de Pediatría<sup>24</sup> apoya la promoción de la sexualidad saludable en los niños mediante el fomento de la educación en temas de abuso sexual y que nadie debería tocar sus cuerpos inapropiadamente. Los niños deben ser alentados a contar a un adulto de confianza si alguien los toca inapropiadamente, y se debe alentar a los padres a apoyar a niños para que revelen.

A pesar de estos estudios, la eficacia de estas intervenciones es difícil de medir realmente. Uno de los principales problemas a la hora de estudiar la eficacia de las intervenciones para la prevención del maltrato infantil es la falta de ensayos clínicos aleatorizados, según indica en sus conclusiones el estudio llevado a cabo por González y MacMillan<sup>21</sup>.

La crítica de Rose<sup>27</sup> a las estrategias de alto riesgo para la prevención de enfermedades es útil al analizar estrategias de alto riesgo para la prevención del abuso y la negligencia infantil. Su crítica sugiere que los programas de alto riesgo enfocados en familias individuales no podrán alterar las exposiciones de riesgo subyacentes por abuso y negligencia infantil y harán poco para lograr resultados de una población. La crítica de Rose refuerza la importancia de centrar la atención en las condiciones generales en las

que es probable el daño. En el caso de los niños vulnerables, esto implica una evaluación realista de los factores tales como bajos ingresos, viviendas precarias y otras desventajas que ponen a las poblaciones en riesgo. No debemos combinar los factores de riesgo individuales y de toda la población.

Resulta crucial que los profesionales reconozcan la necesidad de abordar las causas estructurales subyacentes al mismo tiempo que buscan enfoques individuales eficaces y no estigmatizadores<sup>27</sup>.

## **DETECCIÓN: IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO. CRIBADOS.**

Según una revisión llevada a cabo en Murcia (España) <sup>21</sup>, en los hospitales que cumplen con las pautas de detección de maltrato infantil, la tasa de detección fue mayor. Por tanto, los resultados de esta revisión han puesto de manifiesto que si no existe un sistema estandarizado para la detección del maltrato infantil en urgencias, los profesionales sanitarios deben guiarse por su intuición y los conocimientos que han obtenido de entre los distintos profesionales. Y en España, según este artículo, no existe ese sistema estandarizado para la detección del maltrato.

Existe una subestimación de la tasa de maltrato infantil en los servicios de urgencias, ocasionada fundamentalmente porque los profesionales sanitarios no tienen una guía de actuación ante este tipo de indicios<sup>21</sup>. Una revisión sistemática del reconocimiento y respuesta al maltrato descubrió que la mayoría de los profesionales podían detectar a un niño descuidado cuando lo veían, pero que pocos sabían cómo responder<sup>20</sup>.

El Síndrome de Munchausen por Poder (SMP), es una forma de maltrato infantil en el que la madre, el padre o el cuidador principal del niño, inventa síntomas falsos o provoca síntomas reales para hacer parecer que el niño está realmente enfermo<sup>30</sup>. La detección de este tipo de maltrato resulta difícil y el escaso conocimiento sobre el SMP es fuente de muchas dificultades para el equipo de salud, oscureciendo el verdadero diagnóstico<sup>31</sup>.

No se puede decir que haya un cierto conjunto de características que describen a la víctima de SMP. Sin embargo, el profesional que recibe a un niño con sospecha de estar sufriendo SMP, debe reconocer una serie de factores relevantes; niños con un largo

historial de visitas al médico, percatarse si existe una gran relación de dependencia entre la madre y el niño, si el niño es influenciado a la hora de hablar por la madre, y si el niño confirma los signos y síntomas descritos por el abusador, como si de verdad los tuviera. Dos factores resultan clave para la detección de SMP. El primero, si los niños solo manifiestan la enfermedad en presencia de la madre. Y el segundo, que trata de evitar la sospecha con el paciente, y observar si los episodios de enfermedad se vuelven a producir<sup>31</sup>.

Reconocer algunas de las características presentes en el SMP pone al equipo médico en alerta, como por ejemplo que el mecanismo más utilizado para generar la enfermedad es el envenenamiento, en un 37% de los casos. La sofocación o asfixia, por su parte, ocupan un 26% de los casos<sup>31</sup>. Esto muestra la importancia de un diagnóstico basado en buena evidencia, ya que, de lo contrario, el niño puede ser sometido a procedimientos y tratamientos peligrosos e innecesarios.

Enfermeros y médicos deben: describir claramente sus descubrimientos, recabar información que observan y lo que dice la madre, guardar los resultados de los test realizados a los pacientes, detallar comportamientos extraños del paciente o su familia (lo que puede confirmar la sospecha de simulación), y mencionar información importante, así como la fecha y la hora en la que ocurren los eventos<sup>31</sup>.

Una serie de pasos a seguir, pueden facilitar el abordaje de un caso de maltrato infantil. Como ejemplo, una revisión llevada a cabo en Londres, redactó los siguientes<sup>20</sup>:

- Comparte tus preocupaciones con otros practicantes.
- Pregúntese: '¿Qué necesita este niño de mí ahora?'
- Pregúntese: '¿Qué necesita este niño de los demás ahora?'
- Siga las pautas de protección infantil de su organización.
- Asegúrese de tomar todas las medidas posibles para proteger al niño.
- Informe a su jefe de línea, asesor de Enfermería para la protección de los niños o líder designado para la protección de los niños.
- Registre toda la información apropiada.
- Si cree que el niño está en peligro inmediato, llame a la policía o a los servicios sociales de inmediato.

En España, la incidencia real de los malos tratos es desconocida, ya que las características del problema hacen muy difícil conocer la extensión del mismo. Posiblemente, entre un 80 y un 90% de los casos de maltrato infantil no son detectados<sup>21</sup>.

Por otro lado, el 62,5% de los casos de maltrato son detectados por la enfermera de urgencias, un 25% fue detectado por el médico de urgencias, un 6,25% fue derivado al hospital por el profesor del colegio y el otro 6,25% por la pediatra del centro de salud. Estos datos demuestran la enorme importancia de la Enfermería a la hora de identificar el maltrato<sup>21</sup>.

Aun así, la detección es un trabajo muy complicado, por lo que establecer instrumentos de detección adecuados resulta fundamental. Además, las enfermeras deben tener los conocimientos necesarios para el abordaje. Por ejemplo<sup>21</sup>, la reiteración de la asistencia a urgencias no aumenta sustancialmente el riesgo de abuso o negligencia y puede ser atribuido a una enfermedad crónica y a la condición socio-económica. Tampoco hay evidencia de que el tipo de lesión aumente el riesgo de abuso físico o negligencia en niños con lesiones graves. Otra revisión sistemática apoya el uso de kits de auto-instrucción de educación como un medio para mejorar el conocimiento médico para el abuso físico y sexual<sup>21</sup>.

Gold y col.<sup>27</sup> considera que el abordaje del maltrato infantil es complicado ya que se trata de un fenómeno subjetivo y personal, y que depende en cierta medida del contexto social y cultural.

Las herramientas de detección del abuso están todavía en desarrollo y tienen grandes limitaciones. Muchas de estos instrumentos de detección del abuso a menores han demostrado tener tasas de falsos positivos entre el 13-26% y tasas de falsos negativos entre el 14-63%. Según Peters y Barlow<sup>27</sup>, los instrumentos de detección utilizados para predecir el maltrato infantil tienen una posibilidad prácticamente nula de predecir qué padres maltratan a sus hijos.

Un instrumento de detección<sup>28</sup>, basado en factores de riesgo detectados en el nacimiento del hijo, resulta efectivo a la hora de predecir casos de maltrato. En un estudio llevado a cabo en Inglaterra, los visitantes de salud (enfermeras) que utilizan una lista de



verificación basada en los factores de riesgo, identificaron el 7% de las familias en Surrey (población de Inglaterra) con un recién nacido que mostró una gran cantidad de factores predisponentes (cinco o más) para el maltrato infantil. Una de cada 13 de estas familias de alto riesgo pasó a abusar de sus hijos durante los primeros 5 años de vida.

El abuso físico a menudo comienza como un acto de disciplina que se transforma en abuso a manos de un cuidador frustrado quien pierde el control de sí mismo. A la hora de diagnosticar el maltrato, es importante saber que la externalización de problemas de comportamiento se ven en los niños que son azotados<sup>24</sup>.

La importancia de la identificación temprana de maltrato infantil llevó a la Asociación Nacional de Enfermeras Practicantes Pediátricas de EEUU (NAPNAP) a emitir una declaración que respalda la implementación y desarrollo de protocolos para la detección del maltrato infantil<sup>24</sup>. En esta revisión<sup>24</sup> se propone la creación de un árbol genealógico entorno al niños, con los padres y personas con las que convive. Cada cierto tiempo realizar una visita por el equipo de salud, y realizar una evaluación psicosocial de la familia y los padres: problemas mentales, abuso de niños, apoyos sociales, situación económica, etc.

La detección del abuso físico, implica evaluar y discutir las prácticas de disciplina (Anexo II) de los padres, así como también el estrés/frustración de los padres y los sistemas de apoyo. Los moretones o las magulladuras modeladas y las magulladuras de superficies corporales no deslizadoras (por ejemplo, genitales, detrás de la oreja y el abdomen) aumentan la preocupación por lesiones abusivas. Otros indicadores de abuso físico son<sup>24</sup>:

- No hay historia dada por la lesión
- Historia inconsistente con la lesión
- Historias conflictivas
- Historia inconsistente con el nivel de desarrollo de el niño
- Retraso en la búsqueda de atención médica

En cuanto al abuso sexual tener en cuenta cualquier lesión anogenital aguda o crónica. Además, otros síntomas como disuria, secreción y dolor. Es necesario educar a los padres. Un examen anogenital normal no niega la posibilidad de abuso sexual y que

siempre deben escuchar atentamente cualquier revelación hecha por su hijo y reportar inquietudes a los servicios de protección infantil<sup>24</sup>.

El cribado en el ámbito sanitario es la herramienta utilizada para la detección o el diagnóstico de una determinada enfermedad o problema en un grupo de personas. Dependiendo de hacia quien vaya dirigido, el grupo de personas puede ser universal (aquella población objeto de estudio sin excepciones) o definido (un grupo con unas características específicas)<sup>32</sup>.

Un estudio realizado en Holanda<sup>33</sup>, pretendió investigar los efectos en la tasa de cribado de las siguientes medidas: implementar una nueva lista de verificación para detectar el abuso infantil en los departamentos de emergencia y aplicar capacitación en técnicas de entrevista para enfermeras de urgencias. También se evaluó el efecto de los cambios en la política nacional y local sobre el cribado y la detección del abuso infantil. Los resultados no pudieron ser más concluyentes. La tasa de detección de sospecha de abuso infantil fue significativamente mayor en los niños que se sometieron a un cribado por abuso infantil que en aquellos que no fueron evaluados por abuso infantil (0,5% frente a 0,1%). Además, las medidas puestas en marcha supusieron un considerable aumento de la tasa de cribado.

Sin embargo, se necesitan formas adicionales de aumentar el conocimiento sobre el abuso infantil en los departamentos de emergencia, ya que la tasa de detección del 0,2% sigue siendo muy baja.

El cribado sistemático del abuso infantil en los departamentos de emergencia es efectivo para aumentar la detección de sospecha de abuso infantil<sup>33</sup>. A pesar de ello, este estudio<sup>33</sup> advierte de que muchas revisiones sobre las pruebas de detección del abuso infantil en los departamentos de urgencias, concluyen (pero no prueban) que el cribado es útil para mejorar la detección del abuso infantil. Por lo que es necesario una evidencia más convincente de la efectividad del cribado.

Al mismo tiempo, se experimentan varias barreras al implementar exámenes de detección y capacitación debido a que el departamento de emergencias es un ambiente ocupado, a la falta de tiempo, la falta de conciencia y, posiblemente, la falta de motivación<sup>33</sup>.

Los estudios<sup>21, 33</sup> han puesto de relieve la importancia de la documentación uniforme sobre abuso potencial de menores con el fin de mejorar la identificación del maltrato infantil. Establecer herramientas de detección adecuadas es fundamental para distinguir los traumatismos accidentales de los malos tratos infantiles

A la hora de llevar a cabo un cribado, se pretende descartar a los que están fuera de peligro, o identificar a aquellos en peligro potencial de abuso. Un importante estudio australiano<sup>27</sup> sugiere que las herramientas de cribado, basadas en la evaluación de riesgos, no solo son inexactas, sino que también pueden utilizarse para asignar recursos escasos de manera inapropiada, lo que coloca a los niños vulnerables en mayor peligro. Estos investigadores llegan a sugerir que tales instrumentos pueden verse como instrumentos de abuso. Baldwin y Spencer<sup>27</sup>: "identificar a las familias individuales que pueden estar en riesgo es profundamente estigmatizante y metodológicamente sospechoso".

Grietens y col.<sup>27</sup> sugieren que las enfermeras de visita domiciliaria pueden evaluar estos riesgos para los recién nacidos de abuso y/o negligencia centrándose en signos de aislamiento social y comunicación distorsionada.

Está demostrado<sup>27</sup>, a través de varios estudios, que los inventarios de predicción de abuso infantil están todavía en desarrollo y tienen grandes limitaciones. Browne y Saqi<sup>27</sup>, usando listas de verificación identificaron 949 familias (de un total de 14.238) que eran de "alto riesgo". De estos, solo uno de cada 17 pasó a abusar de sus hijos. Por lo tanto, 16 de 17 familias fueron falsamente etiquetadas como potenciales abusadores.

Las enfermeras, para realizar el cribado, deben tener los conocimientos necesarios para identificar los factores de riesgo por maltrato y señales de maltrato (Anexo III) que podría ayudar a un reconocimiento preciso y oportuno, y que aporta la confianza necesaria para tomar medidas<sup>20</sup>.

## **PROTOCOLO Y ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE LA DETECCIÓN DE UN CASO.**

En España, la actuación tras la detección de un caso de maltrato infantil, ya sea real o potencial, con posibilidades de que ocurra en un futuro, está regulada por el Ministerio

de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Este protocolo de actuación<sup>34</sup> tiene como objetivo garantizar la coordinación intersectorial en el abordaje de casos de maltrato infantil en la familia. Su principio es asegurar el interés superior del niño, cualquiera que sea su condición social, personal o su situación.

En el momento que el profesional de Enfermería detecta un caso, su obligación es notificarlo a los servicios correspondientes. Existen 2 procedimientos de notificación, el ordinario y el urgente. Por medio del ordinario se debe informar sobre el caso a los Servicios Sociales. Mientras, cuando el menor se encuentra en grave peligro y no existe un familiar o cuidador que se pueda hacer cargo, se informa a los Servicios de Protección al Menor<sup>34</sup>.

Una vez el profesional de la salud tenga evidencia o sospecha de abuso, debe cumplimentar una hoja de notificación y junto con el trabajador social del centro enviarla a los Servicios Sociales correspondientes. También se remitirá el parte de lesiones médico al Juzgado de Guardia o a la fiscalía. En caso de riesgo grave para el niño, se mantendrá ingresado en el centro sanitario a la espera de que sea trasladado a un centro de protección de menores<sup>34</sup>.

La mayoría de artículos<sup>20, 24, 26</sup> coinciden en la actuación llevada a cabo tras la detección de un caso de maltrato infantil. Independientemente del país, y a pesar de que cada uno tiene su legislación particular, y unos servicios sociales estructurados de distinta forma. Notificar a los servicios sociales o de protección al menor es la primera pauta a seguir una vez detectado<sup>17, 20, 26</sup>. Además, es importante recoger toda la información posible sobre el caso, ya que puede ser necesaria en el futuro<sup>20</sup> como parte de lesiones, fecha de notificación, información dada por el paciente o familiar, juicio profesional, etc. Y tras referir el caso a los servicios de protección infantil, el profesional de Enfermería debe dejar registrado el proceso<sup>23</sup>.

Por otro lado, varios estudios<sup>17, 20</sup> concuerdan en la notificación directa a los servicios de protección infantil o a la Policía del Estado, aquellos casos en los que el menor se encuentre en peligro inminente y su salud se vea gravemente amenazada. Resulta crucial que el profesional de Enfermería conozca las leyes de denuncia de su País o Estado con respecto a los niños expuestos a violencia doméstica<sup>24</sup>.

A pesar de esto, muchos profesionales de Enfermería no poseen la información ni los conocimientos necesarios respecto a las políticas públicas de protección al menor, por lo que no notifican los casos de sospecha. Y en los casos donde sí notifican, no son capaces de llevar un monitoreo continuo del proceso<sup>23</sup>.

#### **4. CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos en esta revisión bibliográfica nos han permitido obtener una serie de conclusiones con respecto a los objetivos de este trabajo. Es decir, el abordaje enfermero del maltrato infantil, que era el objetivo principal. Y más concretamente, estos resultados han sido capaces de responder a los objetivos específicos, los cuales eran; las dificultades enfermeras a la hora de afrontar un caso de maltrato infantil, estrategias de prevención llevadas a cabo por la Enfermería, detección: identificación y diagnóstico, así como cribados, y por último la actuación y el protocolo enfermero ante un caso de maltrato infantil.

La Enfermería, debido a su cercanía con la sociedad, dispone de una posición privilegiada para detectar el maltrato infantil. Sin embargo, y aunque en ocasiones se haya identificado, una gran parte de las enfermeras no notifican los casos de sospecha de maltrato. La Enfermería se encuentra con dificultades a la hora de abordar un caso de maltrato infantil. Esto es debido a varios factores. El temor a las consecuencias legales, la falta de capacitación o conocimientos, el miedo a equivocarse, la escasa experiencia, la falta de protocolos, pautas o informes, miedo a la reacción del agresor o la familia, miedo a empeorar la situación, falta de protección de los trabajadores o la falta de una red de soporte adecuada. Además, los profesionales de Enfermería consideran una barrera la excesiva carga de trabajo y la escasez de personal, que no les permite formarse como debería en el tema del maltrato infantil.

Al mismo tiempo, la prevención tiene un papel primordial si se quiere disminuir este problema de salud pública tan extendido. Las enfermeras vuelven a jugar un papel fundamental en este ámbito y para ello, es importante saber identificar los factores de riesgo con precocidad. A pesar de que algunos autores coinciden en que los factores de riesgo no son predictivos y no deben servir para la detección, se ha visto como iniciar la prevención desde el embarazo, y continuar durante la estancia hospitalaria e inmediatamente después del parto mediante visitas domiciliarias por parte de las enfermeras, reduce el riesgo de maltrato infantil.

En el sentido de la prevención primaria, también es importante que la enfermera sepa crear un entorno seguro, confidencial y afectivo, con el objetivo de establecer una relación de confianza que favorezca que los niños quieran expresarse. También existen programas de prevención eficaces dirigidos a aquellas familias identificadas como en

riesgo, y a aquellas familias donde el maltrato ya ha ocurrido. El NFP (Nurse-Family-Partnership) es un programa de prevención muy efectivo y respaldado científicamente. Sin embargo, va dirigido a madres primerizas, menores de 21 años y de bajos ingresos, por lo que solo abarca un 10% de los casos de maltrato infantil existentes.

La interdisciplinariedad, el hecho de conocer la biografía del paciente y sus experiencias pasadas, así como favorecer la promoción de una sexualidad saludable en los niños, son factores que van a permitir una atención integral y más completa, y por tanto una prevención eficaz basada en la confianza. Es importante no estigmatizar y enfocarse en el contexto estructural si se pretenden resultados en toda la población, y no solo a nivel individual.

Existe una infra-detección de los casos de maltrato infantil. Esto es debido a que los profesionales de Enfermería no disponen de una guía de actuación estandarizada. Está demostrado que cuando existe un sistema estandarizado de detección, la detección es mayor. Las enfermeras son el profesional de salud que mayor porcentaje de casos detectan en el servicio de Urgencias, con un 60% de los casos aprox. La importancia de la Enfermería en la detección es indiscutible. Sin embargo, no se dispone de instrumentos de detección adecuados ni cuya efectividad se haya demostrado empíricamente. Por ello, resulta importante la investigación y creación de protocolos útiles que guíen la detección del maltrato infantil. Por otro lado, la detección del abuso físico y sexual implica evaluar disciplinas, costumbres y distintos síntomas o signos físicos y de comportamiento.

Se ha demostrado que el uso de cribado aumenta la detección de casos de abuso infantil, y es muy necesario que sea adecuado para distinguir casos de maltrato de otros casos que no lo son. El cribado sistemático en Urgencias es muy efectivo a la hora de aumentar la detección de sospecha de maltrato. Aun así, es necesario una mayor investigación y evidencia para el desarrollo de cribados más efectivos. Los conocimientos de las enfermeras, políticas públicas de cribado y detección, y listas de verificación aumentan la tasa de cribado y de detección.

A la hora de poner en marcha estos cribados, aparecen barreras que dificultan su implementación; la falta de tiempo, la falta de conciencia y la falta de motivación. También, los cribados basados en factores de riesgo pueden acabar perjudicando a la familia o al niño, ya que generan estigmatización y hacen ver a la familia que están en

“riesgo”. Por tanto, queda claro que, aunque son efectivos a la hora de detectar sospechas de maltrato, los cribados están en desarrollo y tienen grandes limitaciones.

Por último, cada país o estado tiene su propio protocolo de actuación particular establecido por la ley, pero en muchos países los primeros pasos consisten en notificar a los Servicios Sociales o a los Servicios de Protección al Menor. Los profesionales de Enfermería deben conocer las leyes de denuncia de su país. Y además, se debe registrar toda información sobre el caso, y seguir informado de lo que ocurra tras su notificación.

### Limitaciones

A la hora de realizar este trabajo se han encontrado varias limitaciones. La mayoría de artículos encontrados sobre los objetivos de este trabajo son artículos extranjeros, pudiéndose encontrar tan solo uno en castellano-español. Los artículos de maltrato infantil y la Enfermería encontrados en España han sido escasos, pudiendo deberse a la escasez de investigaciones en este ámbito. También limita el estudio la imposibilidad de acceder al texto completo de algunos artículos.

Por otro lado, no se ha utilizado la estrategia de búsqueda bibliográfica “PICO”<sup>35</sup>, debido a su no conocimiento al iniciar la búsqueda de información. Esta estrategia, a través de la elaboración de una pregunta de investigación y una estrategia de búsqueda de información, permite localizar de manera rápida y efectiva, la mejor información científica posible.

### Futuras líneas de investigación

Investigar sobre el abordaje enfermero del maltrato infantil en el ámbito nacional. Es decir, estudios llevados a cabo en España que aumenten los conocimientos para las enfermeras españolas.

Al mismo tiempo, se debe mejorar en la creación de instrumentos de cribado y detección más eficaces y efectivos, que reduzcan la incidencia actual del abuso infantil. Así como dar respuesta a las dificultades con las que se encuentran las enfermeras en estos casos.

También es primordial aumentar la concienciación social sobre el maltrato infantil, y desarrollar estrategias de prevención primaria y de EpS mucho más efectivas, que impidan el inicio del maltrato.



## **5. AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutora, Matilde Tenorio, por ayudarme, guiarme y aconsejarme en la realización de este trabajo, el cual no hubiera podido finalizar con tanta satisfacción sin su ayuda. Agradecerla también su paciencia, su disponibilidad y su tiempo.

A mis tutores de prácticas y profesores de la carrera, que durante todos estos años han sumado su granito de arena para que mi desarrollo y aprendizaje como enfermero haya sido el mejor posible.

A mis compañeros, que, así mismo, en estos 4 años, han contribuido a mi desarrollo y formación, tanto profesional como personal.

A mis amigos y familiares, que en los momentos de dificultades me han sabido ayudar a mantener la calma y a seguir trabajando.

A mi abuela, Carmen, a mi abuelo, Andrés, a mi padre, Pedro, y por último a mi madre, Pilar, que aunque no esté conmigo, sin duda ha sido la más importante y mi principal fuente de motivación.

## 6. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Organización Mundial de la Salud [sede web]. Centro de prensa de la OMS; 2016 [actualizado septiembre 2016; acceso enero 2018]. Maltrato infantil. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
2. Díaz Puertas JA, et al. Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos [monografía en internet]. ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Observatorio de la Infancia; 2006 [acceso enero 2018]. Disponible en: <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>
3. Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil [sede web]. FAPMI; 2010 [actualizado septiembre 2010; acceso enero 2018]. Maltrato a niños, niñas y adolescentes. Definición y tipologías. Disponible en: <http://www.fapmi.es/contenido1.asp?sec=35&pp=1>
4. Sanmartin Esplugues J, et al. Maltrato infantil en la familia en España [monografía en internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, política social e igualdad; 2011 [acceso enero febrero 2018]. Disponible en: [http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/malt2011v4\\_tal\\_100\\_acces.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_tal_100_acces.pdf)
5. Sergio Pinheiro P. Informe mundial sobre la violencia contra los niños y las niñas [monografía en internet]. UNICEF; 2006 [acceso febrero 2018] Disponible en: <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/informeMundialSobreViolencia.pdf>
6. Del Bosque-Garza J. Historia de la agresión a los niños [monografía en internet]. México: Medigraphic; 2003 [acceso enero 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm034gIV.pdf>
7. Serret Serret M. El cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en una unidad neonatal. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili; 2015.
8. Larraín S, Bascuñan C. Cuarto estudio del maltrato infantil [monografía en internet]. Santiago de Chile: UNICEF; 2012 [acceso enero 2018]. Disponible en: [https://www.unicef.org/lac/Cuarto\\_estudio\\_maltrato\\_infantil\\_unicef.pdf](https://www.unicef.org/lac/Cuarto_estudio_maltrato_infantil_unicef.pdf)
9. Universia [sede web]. Universia España; 2014 [acceso enero 2018]. UNICEF: la violencia infantil en cifras. Disponible en:

<http://noticias.universia.es/actualidad/noticia/2014/10/22/1113605/unicef-violencia-infantil-cifras.html>

10. InfanciaEnDatos [sede web]. Ministerio de Sanidad y UNICEF España; 2017 [acceso enero 2018]. Datos y gráficos: España. Disponible en: <http://www.infanciaendatos.es/datos-graficos>
11. Bello A. Bienestar infantil en España [monografía en internet]. UNICEF España; 2016 [acceso febrero 2018]. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/recursos/Bienestar-Infantil-en-Espana-2016.pdf>
12. Perez Perez I, Lamoglia Puig M, Godall Castell M. Pediatría en Atención Primaria de Salud. Un abordaje multidisciplinar. 1ª edición. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2014.
13. Merín Cañada T. Los malos tratos a la infancia en la legislación [monografía en internet]. Madrid: Merín Cañada; 2002 [acceso febrero 2018]. Disponible en: [http://www.ccmareme.cat/ARXIU/2010/BENESTAR/INFANCIA/PROTOCOL/Malos\\_Tratos\\_y\\_Legislacion.pdf](http://www.ccmareme.cat/ARXIU/2010/BENESTAR/INFANCIA/PROTOCOL/Malos_Tratos_y_Legislacion.pdf)
14. UNICEF [sede web]. Comité español de UNICEF; 2018 [acceso febrero 2018]. Convención Sobre los Derechos del Niño. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/derechos-ninos/convencion-derechos-ninos>
15. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [sede web]. Madrid: CODEM [acceso febrero 2018]. Código Deontológico de Enfermería Española. Disponible en: <http://www.codem.es/codigo-deontologico>
16. Arruda Rolim AC, Remigio Moreira G, Mendes Godim SM, Da Silva Paz S, De Souza Vieira LJ. Factors associated with reporting of abuse against children and adolescents by nurses within Primary Health Care. *Revista latino-americana de Enfermagem*. 2014; 2(6): 1048-1055. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4309242/>
17. Merrick, M., Latzman, N. Child Maltreatment: A Public Health Overview and Prevention Considerations. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2014; 19(1). Disponible en: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-19-2014/No1-Jan-2014/Child-Maltreatment.html>
18. Apostólico MR, Hino P, Yoshikawa Egry E. Possibilities for addressing child abuse in systematized nursing consultations. *Revista da Escola de Enfermagem*

- da USP. 2013; 47(2): 318-24. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_07.pdf)
19. Ben Natan M., Faour C., Naamhah S., Grinberg K. & Klein-Kremer A. Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse. *International Nursing Review*. 2012; 59: 331–337. Disponible en: <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.00988.x>
  20. Taylor J, Bradbury Jones C. Child maltreatment: every nurse's business. *Nursing Standard*. 2015; 29: 53-58. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/05d1a8426aba33bc49736eea89a60131/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2042228>
  21. Bernal Barquero M, García Díaz S, García Díaz MJ, Illán Noguera CR, Álvarez Martínez MC, Martínez Rabadán, et al. Detección del maltrato infantil en los servicios de urgencias. *Revista Enfermería Docente*. 2015; 103: 40-45. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/103pdf/10340.pdf>
  22. Hooker L, Ward B, Verrinder G. Domestic violence screening in maternal and child health nursing practice: A scoping review. *Contemporary Nurse*. 2012; 42(2): 198-215. Disponible en: <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.198>
  23. Totti Leite J, Aparecida Beserra M, Scatena L, Pereira da Silva LM, Carvalho Ferriani MG. Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses. *Revista Gaúcha Enferm*. 2016; 37(2). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000200415&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200415&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
  24. Hornor G. Child Maltreatment: Screening and Anticipatory Guidance. *Journal of Pediatric Health Care*. 2013; 27(4): 242-250. Disponible en: [https://www.jpeds.org/article/S0891-5245\(13\)00059-X/pdf](https://www.jpeds.org/article/S0891-5245(13)00059-X/pdf)
  25. Leo Ciuffo L, Rego Desaura BM, Romijn Tocantins F. interdisciplinary action of nurses to children with suspected sexual abuse. *Nursing Research and Education*. 2014; 32(1): 112-118. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/18576/16347>
  26. Ninomiya T, Hashimoto T, Tani H, Mori K. effects of primary prevention of child abuse that begins during pregnancy and immediately after childbirth. *The Journal of Medical Investigation*. 2017; 64: 153-159. Disponible en: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jmi/64/1.2/64\\_153/pdf-char/en](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jmi/64/1.2/64_153/pdf-char/en)

27. Taylor J, Baldwin N, Spencer N. Predicting child abuse and neglect: ethical, theoretical and methodological challenges. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17: 1193-1200. Disponible en: <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02192.x>
  
28. Jackson V, d. Brown K. Community intervention to prevent child maltreatment in England: evaluating the contribution of the family nurse partnership. *Journal of public health*. 2013; 35(3): 447-452. Disponible en: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/35/3/447/1569584>
  
29. Jacob Moreira De Freitas R, Abreu de Moura N, Macedo Monteiro AR. Violencia contra los niños/adolescentes en los trastornos psicológicos y cuidados de Enfermería: reflexiones de fenomenología social. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016; 37(1). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/en\\_0102-6933-rgenf-1983-144720160152887.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/en_0102-6933-rgenf-1983-144720160152887.pdf)
  
30. MedlinePlus [sede web]. Bethesda: National Library of Medicine; 2017 [actualizado abril 2018; acceso abril 2018]. Síndrome de Munchausen por Poderes. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001555.htm>
  
31. Algeri S, da Silva FM, Anflor EP, de oliveira CP, Cordova Costa A. Munchausen Syndrome by Proxy: an integrative review. *Journal of Nursing*. 2014; 8(11): 3983-91. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13623/16465>
  
32. SciELO [base de datos en internet]. Pamplona: Nieves Ascunce Elizaga; 2015 [acceso marzo 2018]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272015000100001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000100001)
  
33. Eveline CFM, Ida JK, Marjo JA, Dop JH, Marjolijn HM, Anne-Françoise SR, et al. Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments. *Pediatrics*. 2012; 130(3): 457-64. Disponible en: <https://sci-hub.tw/10.1542/peds.2011-3527>
  
34. Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar [monografía en internet]. Madrid: observatorio de la infancia; 2014 [acceso marzo 2018]. Disponible en: <http://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gerencia/Igualdad/Violencia%20de%20G%C>

[3%A9nero/Protocolo%20B%C3%A1sico%20contra%20Maltrato%20Infantil%20en%20el%20%C3%81mbito%20Familiar.pdf](#)

35. Da Costa Santos CM, de Matos Pimenta CA, Cuce Nobre MR. Estrategia pico para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(3).

## 7. ANEXOS

### ANEXO I: ARTÍCULOS UTILIZADOS PARA LA REVISIÓN.

Título	Autor	Año y país	Tipo de diseño	Objetivos	Muestra	Principales resultados
Effects of primary prevention of child abuse that begins during pregnancy and immediately after childbirth	Ninomiya T, et al.	2017. Japón	Encuesta de cribado	Mejorar los programas de prevención primaria del maltrato infantil	Padres con niños < 3 años	La prevención primaria e identificación prematura durante el embarazo, el parto y los días posteriores es clave para una disminución de los casos
Violence against children/adolescents in psychic suffering and nursing care: reflections of social phenomenology	Abreu de Moura N, et al.	2016. Brasil	Revisión bibliográfica	Reflexionar sobre la violencia contra los niños y adolescentes en el sufrimiento psíquico y la atención de Enfermería basada en la fenomenología social.	12 artículos consultados.	Conocer la situación biográfica de los sujetos facilita la planificación de intervenciones más efectivas, y permite una mejor comprensión de las situaciones de violencia experimentadas por los sujetos por parte de la Enfermería
Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses	Totti Leite J, et al.	2016. Brasil	Investigación cualitativa	Analizar las acciones de las enfermeras de AP en la lucha contra la violencia doméstica contra niños y adolescentes.	5 enfermeras	Las enfermeras no estaban preparadas para identificar y enfrentar la violencia, no participaron en cursos de capacitación y tenían miedo de reportar los casos detectados de violencia. Las causas son la carga de trabajo, la falta de seguridad y la dinámica del trabajo que no está articulada con la red de protección
Detección del maltrato infantil en los servicios de urgencias	Bernal Barquero M, et al.	2015. España	Revisión bibliográfica	Revisar el problema del maltrato infantil desde la Enfermería de urgencias, analizando los distintos instrumentos de detección y los datos epidemiológicos derivados de dichos instrumentos.	15 artículos extraídos de las bases de datos IME, Dialnet, Cuiden, Academic Search Premier, y PubMed	Importante la documentación uniforme sobre abuso potencial de menores con el fin de mejorar la identificación del maltrato infantil. Las enfermeras de pediatría son miembros esenciales de la fuerza de trabajo de los servicios de urgencias. Establecer instrumentos de detección adecuados es fundamental
Child maltreatment: every nurse's business.	Taylor J, Bradbury-Jones C.	2015. Londres	Revisión bibliográfica / artículo científico	Ayudar a las enfermeras en su función de protección infantil. Concretamente, destacar cómo es el papel de la enfermera en el reconocimiento y la respuesta al maltrato infantil	27 artículos consultados	Afrontar el maltrato infantil es función de todas las enfermeras. Ante la sospecha de maltrato es necesario que se tomen medidas. Conocer los factores de riesgo, signos en los niños y los modos de actuación facilitaran el informe del caso
Factors associated with reporting of abuse against children and adolescents by	Arruda Rolim AC, et al.	2014. Brasil	Estudio de cohorte transversal	Analizar los factores asociados a la infranotificación de los casos de violencia infantil por parte de la	616 enfermeras/os	La experiencia, no tener miedo consecuencias legales, poseer un formulario de informe y saber donde remitir los casos, aumenta la probabilidad de informar.

nurses within Primary Health Care				Enfermería		
Child Maltreatment: A Public Health Overview and Prevention Considerations	Merrick MT, Latzman NE	2014. EEUU	Revisión bibliográfica	Revisión sobre los factores de riesgo y de protección y los enfoques para la prevención del maltrato, incluidas las consideraciones clave para las enfermeras en la detección, el tratamiento y la derivación.	36 artículos o bases de datos	Es importante tener en cuenta que el maltrato infantil es prevenible. Esencial para la prevención de maltrato es un enfoque multifacético. Las enfermeras desempeñan un papel clave en los 3 niveles de prevención.
Munchausen Syndrome by Proxy: an integrative review	Algeri S, et al.	2014. Brasil	Estudio descriptivo basado en una revisión integrada	Proporcionar información para los profesionales de Enfermería en el reconocimiento del Síndrome de Munchausen por Poder para una intervención inmediata.	11 artículos extraídos de PubMed, LILACS, ScieLO.	La detección del SMP es difícil para el equipo de salud. Reconocer algunas de las características presentes en el SMP pone al equipo médico en alerta: : describir claramente sus descubrimientos, recabar información que observan y lo que dice la madre, guardar los resultados de los test realizados a los pacientes, detallar comportamientos extraños del paciente o su familia
Interdisciplinary action of nurses to children with suspected sexual abuse	Leao Ciuffo L, et al.	2014. Brasil	Investigación cualitativa	Comprender la actuación del enfermero como integrante del equipo interdisciplinar en la atención del niño víctima de abuso sexual.	11 enfermeros	La interdisciplinariedad favoreció el desarrollo de acciones basadas en la aceptación, la escucha y el acuerdo sobre las posibles soluciones en la atención del niño víctima de abuso sexual
Possibilities for addressing child abuse in systematized nursing consultations	Hino P, et al.	2013. Brasil	Estudio descriptivo de informe de caso con un enfoque cualitativo	Identificar las limitaciones y el potencial del uso de CIPESC® (protocolo sistematizado) en consultas de Enfermería con niños que son víctimas de violencia doméstica.	28 enfermeras	Hay un intento de medicalizar el maltrato infantil debido a la dificultad para abordar los aspectos sociales y la promoción de la salud. Las enfermeras enfatizan la importancia de la sistematización como una manera de dirigir la atención, particularmente para la promoción de la salud. El uso del CIPESC® solo, no garantiza una atención adecuadamente sistematizada.
Community intervention to prevent child maltreatment in England: evaluating the contribution of the family nurse partnership	D. Browne K, Jackson V.	2013. Inglaterra	Análisis de estudio de cohorte	Promover fuertemente el uso de la Nurse Family Partnership (NFP3) en Inglaterra, como prevención secundaria, sobre la base de que este programa de intervención conduce a una reducción en CAN (child abuse or neglect) y mejora los resultados para los niños en familias vulnerables.	14 artículos consultados	FNP tiene el potencial de ser eficaz para promover el desarrollo positivo de los niños y protegerlos del abuso y la negligencia. Sin embargo, solo llega a alrededor de un cuarto de las familias de las que podría beneficiarse. Al dirigirse solo a quienes son madres primerizas significa que la gran mayoría (90%) de las madres y familias abusivas son excluidas del programa.



Child Maltreatment: Screening and Anticipatory Guidance	Honor G.	2013. EEUU	Revisión bibliográfica	Destacar la importancia de una identificación temprana y una guía anticipada por parte del equipo de salud, en la prevención, detección y actuación ante el maltrato infantil.	41 artículos consultados	La disciplina, el llanto, la presencia de violencia domestica, el abuso sexual y el abuso físico, deben considerarse y tratarse de manera precoz, ayudando a su identificación mediante una orientación guiada que permita a los enfermeros reducir y prevenir anticipadamente el número de violencia infantil en las familias.
Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse	Ben Natan M, et al.	2012. Israel	Estudio descriptivo, correlacional y transversal.	Examinar si la teoría del comportamiento planificado (TPB) tiene éxito en la predicción de informes de Enfermería y personal médico de sospecha de abuso infantil, así como los factores que influyen en ambos profesionales a la hora de informar un caso de abuso infantil.	185 enfermeras y médicos.	Los médicos tienden a denunciar el abuso infantil más que las enfermeras. La razón más notoria para no informar es la preocupación por los cargos legales (42.6%). mientras más apoyo brinda el sistema, incluyendo programas estructurados y protocolos que guían la acción en situaciones de sospecha de abuso infantil, mayor es la sensación de control y mayor es la proporción de informes
Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments.	Louwers EC, et al.	2012. Holanda	Estudio de cohorte	Implementar una nueva lista de verificación para detectar el abuso infantil en los departamentos de emergencia y aplicar capacitación en técnicas de entrevista para enfermeras de urgencias. Evaluar el efecto de los cambios en la política nacional y local sobre el cribado y detección del abuso infantil.	104.028 niños de 0-18 años	El cribado sistemático del abuso infantil en los departamentos de emergencia es efectivo para aumentar la detección de sospecha de abuso infantil. Se recomienda tanto un requisito legal como la capacitación del personal para aumentar significativamente el alcance de la detección
Domestic violence screening in maternal and child health nursing practice: A scoping review	Hooker L, et al.	2012. Australia	Revisión bibliográfica	Investigar sobre el cribado de la violencia infantil en el contexto del niño sano en la práctica enfermera.	<i>Scoping review</i>	Se requiere más investigación sobre el cribado de la violencia infantil. Los principales resultados que se encontraron son: barreras en el cribado, facilitadores del mismo, y la falta de discusión e investigación sobre la seguridad del menor sano
Predicting child abuse and neglect: ethical, theoretical and methodological challenges	Taylor J, et al.	2008. Reino Unido	Revisión bibliográfica	Explorar las implicaciones éticas, teóricas y metodológicas de las pruebas predictivas en la detección del abuso infantil, negligencia y/o daño.	37 artículos consultados	Los profesionales deben reconocer la necesidad de abordar las causas estructurales subyacentes en el contexto social, al mismo tiempo que buscan enfoques individuales eficaces y no estigmatizadores. La predicción mediante variables o factores de riesgo no es un método eficaz ni fiable.

## ANEXO II: PRÁCTICAS DE DISCIPLINA DE LOS PADRES.

### **PREGUNTAS DE DETECCIÓN DE DISCIPLINA / CASTIGO CORPORAL**

#### Padres

1. ¿Cómo disciplinas a tu hijo?
2. ¿Alguna vez alguien le pegó a su hijo con la mano?
  - a. ¿En qué parte de su cuerpo?
  - b. ¿Con qué frecuencia?
  - c. ¿Alguna vez dejó una marca?
3. ¿Alguna vez usted o alguien más golpeó a su hijo con un objeto?
  - a. ¿Qué objeto?
  - b. ¿En qué parte de su cuerpo?
  - c. ¿Con qué frecuencia?
  - d. ¿Alguna vez dejó una marca?
4. ¿Alguna vez usaste otros medios físicos de disciplina?
  - a. Pellizcar / patear / tirar del cabello
5. ¿Alguna vez usa medios de disciplina no físicos?
  - a. Se acabó el tiempo
  - b. Quédate en la esquina
  - c. Quitar privilegios
  - d. Enviar a la habitación

#### Niño

1. ¿Qué sucede cuando te metes en problemas?
2. ¿Qué hace mamá cuando te metes en problemas?
3. ¿Qué hace papá cuando te metes en problemas?
4. ¿Alguna vez alguien te golpea / grita / o te azota?
  - a. ¿Con qué te golpean?
  - b. ¿En qué parte de tu cuerpo golpean?
  - c. ¿Quién te golpea?
  - d. ¿Con qué frecuencia te pegan?
  - a. e. ¿Alguna vez deja una marca en tu cuerpo?

### ANEXO III: PRINCIPALES SEÑALES DE MALTRATO.

SEÑALES DE MALTRATO
• Está excesivamente retraído, temeroso, ansioso o vigilante.
• Muestra comportamientos extremos.
• No parece estar unido al cuidador.
• Actúa de manera inadecuada para adultos o inapropiadamente infantil.
• Tiene lesiones frecuentes o hematomas inexplicables.
• Se aleja del contacto, se estremece ante un movimiento repentino.
• Teme irse a casa.
• Está vestido inapropiadamente (no apto para el clima, ropa sucia).
• Tiene poca higiene.
• Experiencias de enfermedades y lesiones no tratadas.
• Con frecuencia no está supervisado, se deja solo o se reproduce en configuraciones inseguras.
• Busca constantemente comida.
• Tiene problemas para caminar o sentarse.
• Muestra un comportamiento o conocimiento inapropiadamente sexualizado por edad.
• Ha experimentado una enfermedad de transmisión sexual o un embarazo, especialmente antes de los 14 años.
• Se escapa de casa.